



File No:

Date: / /

Date: ... / ... /

File Number:

1003305

Patient Name: *Ameera Al-Sayid*.....

اسم المريض: *أميرة السعيد محمد أحمد*.....

Date Of Birth: *5.14.1981* Gender: M / F

التاريخ (الولادة): *5.14.1981* جنس: *M / F*

Nationality: *Syrian*..... Occupation:

الجنسية: *Syrian*..... مهنة:

Address: *Shahjah Al-Majaza 2*.....

العنوان: *Shahjah Al-Majaza 2*.....

E-MAIL: *Ameera.lutsy@yaho.com*.....

Phone No. (رقم الهاتف): *05555569445*.....

How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حذيثاً؟	No	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	No	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	No	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	No	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) أنيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	No	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	No	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	No	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكر أو أمراض الغدة الدرقية؟	No	
Other conditions HSV, HIV...etc	No	
هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا السبوط etc	No	

Medical Consent Form

I hereby consent and authorize the doctor to treat my medical condition which has been explained to me by the qualified physician

I understand that in order to provide me with the most efficient and enhanced service, diagnostic and other procedures may be deemed necessary.

I understand that my treating doctor may discover other or different conditions, which may require additional or different procedures than those planned.

I authorize my treating doctor to perform any procedures which are advisable in their professional judgment.

I understand that no warranty or guarantee has been made to me as a result or cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment.

I understand that there are also risks and hazards to the performance of the diagnostic and/or surgical procedures.

I realize that common surgical or diagnostic procedures are potential for an infection, swelling, bleeding, pain or allergic reaction.

I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full before the completion of treatment.

I consent that all medical history and information I provided in my medical file is true and I understand that any information I provide regarding my medical status will be kept confidential and anonymous.

I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that this form has been fully explained to me and that I have read it and I understand its' content and I sign it with all my will.

I am fully aware that any payments is NON refundable

Patient's Signature/ Guardians (In case of minors):



Date: ... / ... /

نموذج اقرار طبي

أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل.

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي كالاتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية المرضية.

أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية.

أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي فتحتي الملف الصحية، و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الإقرار و أن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارادتي

انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

توقيع المريض / ولي الأمر (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (دمية الدم):
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (ضغط الدم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، أبحاث للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاظم العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAIOEBAA83ODQxO

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Public Data Verification report**File****Valid Signature?**

Non-Modifiable Data (SF3) False

Modifiable Data (SF5) False

Holder Signature Image (SF7)

Photography False

Home Address False

Work Address False

Card Holder Information

Name	Ameera Lutfy,,, Mohamed Ahmed	IDN:	784198154328078	Mother Name:	
Name (Ar)	اميره لطفي,,, محمد احمد	Card Number:	085754050	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	EGY	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	مصر		
Issue Date:	11/10/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	02/08/2020	Date of Birth:	05/04/1981	Sponsor Name:	محمد السيد رفاعى محسب
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	06223153
Residency Type:	03	Residency Number:	20120053057207	Residency Expiry:	02/08/2020
ID Type:	IL	Occupation:	99	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

<http://orchidsvr/EMID/default.aspx>

11/13/2019



precisely Kindly Answer the following questions

How do you better describe your skin Type	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟
<input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عديمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input checked="" type="checkbox"/> نادراً الاحترق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقاً علامات ندوب أو جدره ؟ نعم / لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الاكيتان/ الايسوتريتينين خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydroquenon on Site? Yes/ No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهاليدروكينون في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت ببنف أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately?	هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة ؟ نعم / لا
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	هل لديك اي وشوم / تاتو في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية ؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها ليشركك حالياً؟
What products you are using for your skin recently?	هل أجريت اي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	السيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	هل قمت سابقاً بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes / No	

I hereby consent that I came to Orchid Medical Center/ Sharjah to remove unwanted hair by laser. I understand that laser produces a beam of light that generates an energy of a certain wavelength which is absorbed in the pigments of hair follicles to impair its' ability to grow hair. I understand that the results of the treatment varies from one person to another by the variation of medical history and the skin type, hair type , patients commitment to precautions before and after sessions and the variation of individual responses to treatment. and I consent that I know all the 'ternative hair removal methods and I choose removing my unwanted hair-oy laser.

I consent that I got the following precautions:

- It's not allowed to get tanned or use tanning solutions for 4-6 weeks before and after treatment.
- Waxing and Plucking must be avoided at least 6 weeks prior to sessions.
- Tattoos and permanent make up on treatment site will be affected by laser.
- Full Medical History must be given including previous treatments, allergies and skin type.
- people who took akutan during the last 6 months or any drugs that inhibits patients from sun exposure can not remove their hair by laser.

I understand that I might see some change from first session, nevertheless the treatment will take many sessions to get the result.

Side Effect

side effects may include burning like redness, and it's possible to see some swelling or cracks. these side effects will fade away few hours to few days after treatment. hypo/hyperpigmentation is not common and it rarely last. it's advisable to avoid sun exposure. and to use sun protections.

I consent that I had the chance to enquire and ask any questions I have to the therapist and I have read and understood the content of this form (or it was read to me) and I am more than 18 years old or I have the approval of my sponsor.

Name and Signature

Date

... / ... /

أنا محمد أوريكيد الطبي / الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوريكيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.

أفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتمصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر فتعمل قدرتها على إتمام الشعر.

أفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع وعمر و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للاح.

و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالخلق و الكريمات و إزالة شعر بالشمع و الكي و إنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

بأنني قد تفقت التعليمات التالية:

: يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.

جنب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفتق قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.

لوشوم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.

جنب إعطاء التاريخ الطبي كاملاً و يشمل ذلك العلاجات و الحساسيات و نوع البشرة

للشخص الذين تناولوا عقار الاكيتان خلال الست اشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من

لتعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

فهم أنه برغم التغيير الذي قد الحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات

وصول على النتيجة المطلوبة.

بمراض الجانبية

تتضمن الاعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و

تققات. و هذه الاعراض الجانبية ستلاشى خلال بضع ساعات الى عدة ايام بعد العلاج. نقص

زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة

شمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أنه قد أتحت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و أنني قد قرأت و

تحت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت

ب موافقة ولي أمر في حال عدم بلوغني السن القانوني.

.....

سم و التوقيع
..... محمد

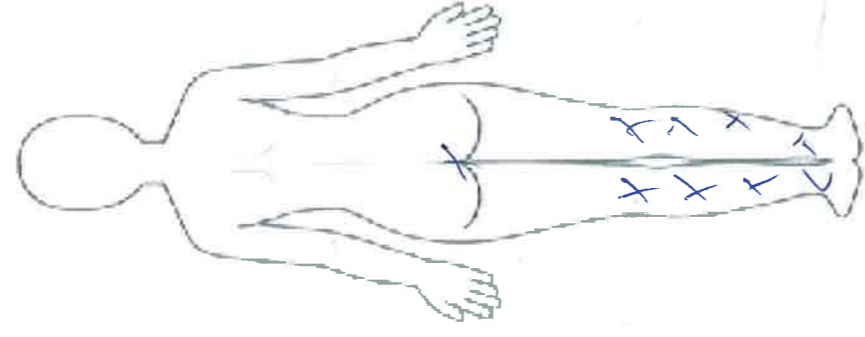
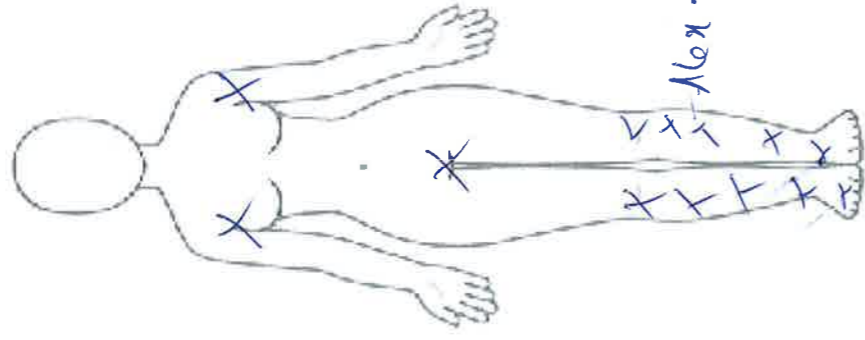
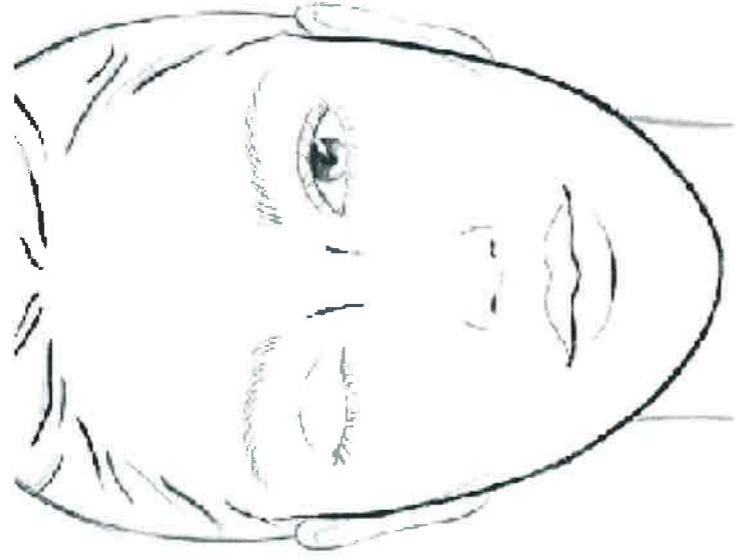
رئخ
..... / ... /

اسم المريض: Admora hutfy
 Patient's Name:

رقم الملف:
 File Number:

تقييم واستكمال النموذج: Yes / No
 Evaluation and consent form completed? Yes / No

تاريخ التصوير قبل المعالجة: 1003305
 Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	18/10/19	16/12/19	21/1/20	23/2/20	14/4/20	21/5/20
Treatment Area	Bikini, lower leg, axilla	Same	Same	Bikini 1/2 leg, axilla	Bikini, axilla, leg 1/2	Bikini, axilla, leg 1/2
Hair Type	13/18 ms - Bika	U.A - ADDYAG	U.A, legs	leg: - 8/10.5 (20s2)	Bikini (20s2)	17/15 ms leg.
Mode	Alex - leg - 7/15ms	14/16 ms - Alex	85/12.5	22/20 ms	U.A - 20/20 ms	15/17 ms Bikini UP
Fluence	axilla. 14/18ms	Legs - Alex	75/13ms	U.A - 20/20 ms	1 pass	1 pass
Pulse Type			Bikini			
CNT Pulse			Yay (16)			
Passes	1		1 pass			
Starting Time	2 pm					
Finish Time	2:30 pm					
Post Treatment	Hirewood	HIREWOOD	1 pass	Hirewood	Hirewood	Hirewood
	hair			hair	hair	hair

Therapist Name and Signature



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,890.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005957)

Date:13-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003305 - AMIRA 000 - 971555569415

The sum of Dhs. **One Thousand Eight Hundred Ninety Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **1,890.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 13-11-2019

Being **6 SESSIONS BIKINI AND 6 SESSIONS AXILLA AND 6 SESSIONS HALF LEGS + VAT**

Made by **Reem**

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1003305 - AMIRA 000 - 971555569415

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae